



На следующей странице представлена форма подтверждения для получения стимулирующих доз для людей, привившихся 2 дозами вакцины Pfizer.

### ЛЮДИ С УМЕРЕННО ИЛИ СИЛЬНО ОСЛАБЛЕННОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМОЙ, КОТОРЫЕ УЖЕ ПРИВИЛИСЬ 2 ДОЗАМИ ВАКЦИНЫ PFIZER ИЛИ MODERNA

Если вы отвечаете [критериям](#), описанным Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC), вам рекомендуется привиться 3-й дозой мРНК-вакцины (Pfizer или Moderna) как минимум через 28 дней после прививки 2-й дозой вакцины. По возможности, вам следует привиться той же самой вакциной. Например, если вы привились серией вакцины Pfizer, постарайтесь привиться 3-й дозой вакцины Pfizer.

**Проконсультируйтесь со своим врачом о необходимости прививки дополнительной дозой вакцины от COVID-19. Если вам необходимо привиться 3-й дозой, спросите о наиболее подходящем времени для этого, исходя из вашего текущего плана лечения.** Это особенно важно, если вы собираетесь начать или возобновить иммуноподавляющую терапию.

**Я подтверждаю, что имею иммунную недостаточность и имею право привиться третьей дозой вакцины на основании нижеуказанных критериев.**

- Я привился второй дозой вакцины Moderna или Pfizer как минимум 28 дней назад, И
- Я:
  - Получаю противораковую терапию для лечения опухолей или рака крови, ИЛИ
  - Сделал пересадку органа и принимаю лекарства для подавления иммунной системы, ИЛИ
  - Сделал пересадку стволовой клетки в течение последних 2 лет или принимаю лекарства для подавления иммунной системы, ИЛИ
  - Имею умеренный или тяжелый первичный иммунодефицит (например, синдром Ди Георге, синдром Вискотта-Олдрича), ИЛИ
  - Имею развившуюся или нелеченую инфекцию ВИЧ, ИЛИ
  - Прохожу лечение с применением высокодозированных кортикостероидов или других препаратов для подавления моего иммунного ответа.

**Подпись:** \_\_\_\_\_

**Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_\_

Вам важно продолжать защищать себя после прививки 3-й дозой вакцины, в том числе носить плотно прилегающую маску, соблюдать физическую дистанцию, избегать многолюдных мест или помещений с плохой вентиляцией воздуха и часто мыть руки. Рассмотрите возможность использования «[двойной маски](#)» (ношения тканевой маски поверх хирургической) или респиратора N95 для более высокого уровня защиты.

Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с информационными бюллетенями для реципиентов вакцины [Moderna](#) или [Pfizer](#) и лиц, ухаживающих за ними, а также посетите веб-страницу CDC «[Вакцины COVID-19 для людей с умеренно или сильно ослабленной иммунной системой](#)».



На предыдущей странице представлена форма подтверждения для получения дополнительной дозы для людей с иммунодефицитом.

### ЛЮДИ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ PFIZER

Я подтверждаю, что имею право на получение стимулирующей дозы вакцины на основании нижеперечисленных критериев.

- Я привился второй дозой вакцины Pfizer от COVID-19 как минимум 6 месяцев назад И
  - Мне 65 лет или более, ИЛИ
  - Я проживаю в учреждении длительного ухода, ИЛИ
  - Мне от 50 до 64 лет, и у меня есть социальные и экономические риски, из-за которых я подвержен повышенному риску заражения COVID-19, ИЛИ
  - Мне от 18 до 64 лет, и у меня есть одно из следующих медицинских заболеваний/состояний:
    - Рак
    - Хроническая почечная недостаточность
    - Хроническое заболевание легких
    - Слабоумие или другое неврологическое заболевание
    - Диабет (1-го или 2-го типа)
    - Синдром Дауна
    - Болезни сердца
    - ВИЧ-инфекция
    - Иммунная недостаточность (ослабленная иммунная система)
    - Болезнь печени
    - Лишний вес или ожирение (индекс массы тела (ИМТ) выше 25 кг/м<sup>2</sup>)
    - Беременность или недавняя беременность (до 42 дней после окончания беременности)
    - Серповидноклеточная анемия или талассемия
    - Курильщик, в настоящем или прошлом времени
    - Пересадка цельного органа или стволовой клетки крови
    - Инсульт или нарушение мозгового кровообращения, влияющее на поступление крови к мозгу
    - Расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ
- Мне от 18 до 64 лет, и я подвержен повышенному риску заражения и передачи COVID-19, связанному с местом моей работы или учебы, или из-за того, что я являюсь одним из нижеперечисленных [работников](#):
  - Работник экстренных служб (медицинские работники, пожарные, полицейские, работники конгрегации)
  - Работник образовательных учреждений (учителя, школьный персонал, работники детских садов)
  - Работник предприятий пищевой промышленности и сельского хозяйства
  - Производственный рабочий
  - Работник исправительных учреждений
  - Работник почтовой службы США
  - Работник общественного транспорта
  - Работник продуктовых магазинов

Подпись: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Если у вас есть заболевание, которого нет в списке, или у вас есть вопросы о рисках и пользе стимулирующей дозы, проконсультируйтесь со своим врачом. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с информационным бюллетенем для реципиентов вакцины [Pfizer](#) и лиц, ухаживающих за ними, а также посетите веб-страницу CDC «[Вакцины для COVID-19](#)».

При отсутствии доступа к принтеру вы можете написать подтверждение от руки.